

PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO EN CASO DE SOLICITUD POR RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN
(Cualquier internación debe ser comunicada a Galicia Seguros S.A.U. dentro de los cinco (5) días de haberse efectuado)

Datos del Asegurado Titular		N° de Póliza:		N° de Certificado:	
Apellido y Nombres:				D.N.I.:	
Domicilio: Calle:		N°:	Piso:	Dpto.:	C.P.
Localidad:		Provincia:		Tel. Particular:	
Celular:		e-mail:			
En caso de corresponder desearía que se acreditara la indemnización:					
N°de Cuenta Banco Galicia: ☐ CA ☐ CC Número:					
Otro Banco		Número de Cuenta			
C.B.U.		(22 dígitos)			

En caso de cuenta de otro Banco, adjuntar constancia del CBU emitida por la entidad

Datos del Paciente *(completar sólo en el caso que no sea el mismo asegurado titular)*

Apellido y Nombres:		D.N.I.:	
Vínculo con el Asegurado Titular:			
Calidad bajo la cual solicita la indemnización			
☐ TITULAR DE PÓLIZA	☐ BENEFICIARIO DESIGNADO / HEREDERO LEGAL	☐ CESIONARIO DE DERECHOS	

Prescripción de la Internación		Fecha de Prescripción:			
Apellido y Nombres del Médico:		N° de Matrícula:			
Domicilio: Calle:		N°:	Piso:	Dpto.:	C.P.:
Localidad:		Provincia:		Teléfono:	
Motivo de la Prescripción:		☐ ENFERMEDAD Especifique:			
		☐ ACCIDENTE Especifique:			
Fecha de Inicio de la Enfermedad/Accidente:		Desde qué Fecha Asiste al Paciente:			

Otros Médicos que lo hayan asistido por esta Enfermedad / Accidente:

1°) Apellido y Nombres:	Dirección:
2°) Apellido y Nombres:	Dirección:

Internación atendida por:

Apellido y Nombres del Médico:		N° de Matrícula:			
Domicilio: Calle:		N°:	Piso:	Dpto.:	C.P.:
Localidad:		Provincia:		Teléfono:	
Nombre del Establecimiento de Internación:					

Fecha y Hora de Internación:		Fecha y Hora del Alta de Internación:	
Autorizo a Galicia Seguros S.A.U. a solicitar cualquier tipo de informes sobre los antecedentes clínicos del asegurado. A tales efectos, dejo expresa constancia que relevo del secreto profesional a los médicos o instituciones públicas o privadas que lo han examinado o asistido para suministrar informes acerca de su salud. A la vez me comprometo a brindar toda colaboración que razonablemente me sea solicitada por esta Aseguradora a través de sus representantes. En cumplimiento a la Ley 25.326, se informa que los datos que nos has proporcionado completando este formulario integrarán la(s) base(s) de datos de Galicia Seguros S.A.U., la cual se encuentra inscripta ante la AAIP, y que se comprometo a tratarlos de una manera confidencial. Nos autorizas expresamente a tratar, ceder y/o transferir tus datos. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. LA AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA, en su carácter de Órgano de Control de la Ley 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Política de Privacidad y protección de datos personales: https://galiciaseguros.com.ar/legales/politicasprivacidadprotecciondatospersonales			

Firmada en, _____ el día _____ de _____ de 20 _____		
Firma del Asegurado	Aclaración de la Firma	D.N.I.
Firma y Sello del Medico	Aclaración de la Firma	D.N.I.
Firma y Sello del Establecimiento de la Internación	Aclaración de la Firma	Cargo que Desempeña

Por favor complete el formulario, fírmelo y remítalo a **Galicia Seguros:**
LTte. Gral. Juan Domingo Perón 430 piso 6 (C1038AAJ).